附件1：

同意报考证明

内蒙古自治区医疗保障局：

兹有我单位职工 同志，身份证号 ，参加2021年度内蒙古自治区医疗保障局局下半年事业单位考试，我单位同意其报考，若该同志被录用，将配合你单位办理其档案、工资、党团关系等相关手续。

 特此证明。

单位： （盖章）

2022年 月 日